

診療報酬明細書等開示請求書(本人用)

令和 年 月 日 提出

全国健康保険協会

支部長 殿

受付整理番号

請求者欄	氏名	(フリガナ)	男・女	年 月 日 生
	住所	〒 ー 都道府県 郡市区 町村		
		(電話) ー ー		
	受診者との関係	1. 本人 2. (未成年者・成年被後見人)の代理人 3. 任意代理人		
開示(交付)の方法	1. 窓口交付 2. 郵送交付	傷病名等を伏せた診療報酬明細書等の開示を希望されますか	はい いいえ	

- *「氏名」欄は、必ず請求者本人が署名してください。
なお、本人確認書類に印鑑登録証明書を提出する場合のみ、登録されている印を押印してください。
- *「住所」欄は、請求者が提示又は提出した書類等に記載された現住所を記入し、また、地番アパート名等まで詳しく記入してください。
- *傷病名等を伏せた開示を希望した場合、保険医療機関等に対する事前確認は行いませんが、傷病名等を伏せた開示を希望したため一部開示を行った旨を、保険医療機関等へ連絡します。

個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)第28条第1項の規定に基づき、下記のとおり診療報酬明細書等の開示を請求します。

受診者欄	氏名	(フリガナ)	男・女	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日 生
	住所	〒 ー 都道府県 郡市区 町村		
		(電話) ー ー		
	診療時における被保険者証の記号番号	被保険者・被扶養者の別	※氏名 年 月 日	
*被保険者証の記号番号が不明の場合のみ記入してください。		事業所名:	所在地:	

- * 受診当時の氏名を記入してください。
- * 「※」欄は、受診者が被扶養者の場合、被保険者の氏名等を記入してください。
- * 受診者が本人の場合は、「性別、生年月日及び住所」欄の記入の必要はありません。
- * 所在地は、市区町村名まで記入してください。

診療年月	診療報酬明細書等区分
年 月～ 年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年 月～ 年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年 月～ 年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)
年 月～ 年 月診療分 保険医療機関等名	1. 医科入院 2. 医科入院外 3. 歯科 4. 調剤 5. その他 (所在地)

受付日印

受領者(請求者)署名

* 受領の際にご記入ください。

* 以下の各欄は記入する必要がありません。

A 本人確認 書類	1. 健康保険被保険者証 2. 船員保険被保険者証 3. 国民健康保険被保険者証 4. 共済組合員証 5. 後期高齢者医療被保険者証 6. 運転免許証 7. 在留カード 8. 特別永住者証明書 9. 住民基本台帳カード 10. 国民年金・厚生年金保険年金証書 11. 共済年金証書 12. 恩給証書 13. 旅券(パスポート) 14. 印鑑登録証明書 15. その他()
-----------------	--

B 法定代理 人の確認 書類	1. 戸籍謄本(又は抄本) 2. 住民票の写し 3. 登記事項証明書 4. 家庭裁判所の証明書 5. その他()
-------------------------	--

C 任意代理 人の確認 書類(右記 全て)	ア. 本人の署名・押印のあるレセプト開示請求に係る委任状 イ. 委任状に押印された委任者印の印鑑登録証明書
-----------------------------------	--

診療報酬明細書等摘要欄					
整理番号					
				総枚数	枚
受付協会支部名	支部			TEL	— —